

# *Psicose Pós-Parto e Infanticídio: Relato de Caso*

## Postpartum Psychosis and Infanticide: Case Reported

*Carla Fonseca Zambaldi<sup>(1)</sup>, Amaury Cantilino<sup>(2)\*</sup>, Everton Botelho Sougey<sup>(3)</sup>*

---

### RESUMO

A psicose pós-parto (PP) é um quadro psiquiátrico abrupto e grave que ocorre nos primeiros dias após o parto, em 0,1 a 0,2% das puérperas. Inicia-se insônia, inquietação, irritabilidade e alterações de humor, evoluem com idéias paranóides, de grandeza ou delírios bizarros, confusão mental e comportamento desorganizado. Diagnóstico e tratamento devem ser precoces, internação pode ser necessária devido à gravidade do quadro e ao risco de suicídio e infanticídio. Neste artigo relatamos caso de uma mulher jovem que apresenta PP e tenta suicídio e comete o infanticídio. Mulheres com quadro psicótico que cometem infanticídio em sua maioria estão apresentando alucinações e delírios persecutórios e pensam que suas crianças são perigosas ou pode ocorrer por altruísmo, isto é, acreditando que está fazendo um bem a criança, como neste caso clínico.

**Palavras-chave:** Puerpério, Psicose pós-parto, Infanticídio.

### ABSTRACT

Postpartum psychosis (PP) is a severe psychiatric disturbance with an abrupt onset that occurs shortly following parturition in approximately 1–2 per 1000 deliveries. The early symptoms include insomnia, restlessness, irritability, and rapid mood changes. Then there is the emergence of psychotic symptoms, paranoid ideas, delusions and confusion. The diagnosis and treatment must be quick. Such episodes usually require hospitalisation in order to avoid the risk of infanticide and suicide. In this paper we have reported a case of PP in a young woman that committed infanticide and tried to suicide. Women in a psychotic state that commit infanticide generally have hallucinations and paranoid delusions, they can believe their children are dangerous and commit this crime by altruistic reasons, like in this clinical case.

**Key words:** Puerperium, Postpartum psychosis, Infanticide

---

<sup>1)</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE, Psiquiatra assistente do ambulatório de Saúde Mental da Mulher da UFPE.

<sup>2)</sup> Doutor, Psiquiatra coordenador do Programa de Saúde Mental da Mulher da UFPE.

<sup>3)</sup> Pós-Doutor, coordenador do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE.

\* Corresponding Author.

## INTRODUÇÃO

A psicose puerperal (PP) tem sido reconhecida como quadro psiquiátrico de risco para a ocorrência de infanticídio (1). A PP é o transtorno mental mais grave que pode ocorrer no puerério, tem prevalência de 0,1% a 0,2% e usualmente é de início rápido, os sintomas se instalam já nos primeiros dias até duas semanas do pós-parto (2). Os sintomas iniciais são euforia, humor irritável, logorréia, agitação e insônia (3). Aparecem então, delírios, idéias persecutórias, alucinações e comportamento desorganizado, desorientação, confusão mental, perplexidade e despersonalização. As mulheres primíparas, com complicações obstétricas (4, 5) e com antecedentes pessoais ou familiares de transtornos psiquiátricos são as mais susceptíveis a desenvolver esta doença (6).

Idéias infanticidas são freqüentes no quadro clínico da PP. Um estudo feito na Índia com mulheres internadas com quadros psicóticos no pós-parto revelou que 43% delas tinham idéias infanticidas (7). O infanticídio geralmente ocorre quando os delírios envolvem o bebê, como por exemplo, idéias de que o bebê é defeituoso ou está morrendo, de que o bebê tem poderes especiais, ou de que o bebê é um deus ou um demônio (8, 9). Como o quadro da psicose pós-parto é grave e há risco de suicídio ou infanticídio, geralmente é necessária internação hospitalar. Causas orgânicas devem ser excluídas e o tratamento deve ser o mesmo que o recomendado para transtornos psicóticos agudos (6, 10).

Neste artigo descrevemos um caso clínico de PP acompanhado de infanticídio.

## CASO CLÍNICO

Mulher de 30 anos, morena, com ensino fundamental completo, artesã, sem história prévia de transtorno psiquiátrico ou problemas clínicos. Casada e mãe de uma criança de cinco anos. Natural de Recife-PE, atualmente residindo em outro estado do Brasil.

Durante a gravidez de seu 2º filho mudou-se para cidade de pequeno porte e teve pré-natal sem intercorrências. Devido a trabalho de parto prolongado, necessitou ser transferida para cidade de porte médio.

Quatro dias após o parto, passou a sentir-se inquieta e irritada e a ficar desconfiada do vizinho, pensando que ele pretendia fazer mal aos seus filhos. Relata que durante o dia passou a andar pelas ruas sem rumo com os filhos no colo e à noite não conseguia dormir. Pensava que as pessoas daquela cidade pretendiam matá-la e matar seus filhos e que os evangélicos a julgavam e seguiam-na. Estas idéias tinham características delirantes e não condiziam com a realidade. Dizia que a programação da TV ou a música que tocava no rádio se referiam a ela e ouvia que iriam matá-la. Passou dias sem se alimentar e sem dormir. Durante uma noite, por acreditar que era certo que iriam maltratá-la e os filhos, saiu correndo pela rua com o filho recém-nascido nos braços e se jogou no rio, na tentativa de "aliviar o sofrimento que estava vivendo", ela foi encontrada pelo esposo algumas horas depois, mas o bebê não sobreviveu.

Foi internada por 30 dias e medicada com haloperidol, levomepromazina e biperideno.

Após a alta retornou para Recife. Aos quatro meses após o parto, procurou atendimento no ambulatório de Saúde mental da Mulher do Hospital das Clínicas da UFPE. Esta paciente encontrava-se em remissão total do quadro. Função tireoideana e exames bioquímicos normais. Devido a sintomas extrapiramidais foi feita troca da medicação para 4mg risperidona ao dia. Houve melhora dos sintomas motores e paciente manteve-se assintomática. Após quatro meses de acompanhamento retornou para o estado onde morava anteriormente.

## DISCUSSÃO

Esta paciente cometeu o infanticídio e teve uma tentativa de suicídio devido a um quadro psicótico compatível com PP. Tinha idéias persecutórias faziam acreditar que alguma mal aconteceria a ela e a sua filha o que resultou na

tentativa de suicídio e o infanticídio. Segundo o Código Penal Brasileiro ela é considerada inimputável, pois durante um quadro psicótico agudo o indivíduo está “inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (11).

É provável que o diagnóstico e tratamento precoce pudessem vir a prevenir e evitar este caso de infanticídio e tentativa de suicídio (12).

Esta paciente deverá permanecer em acompanhamento, pois a recorrência da PP é freqüente. Uma em cada sete das pacientes com história prévia de PP tem outro episódio (13), além disto, ela tem maior risco de apresentar algum transtorno afetivo ou psicótico fora do pós-parto (13).

O infanticídio é um crime que está presente desde os primórdios da história da humanidade. Já no ano de 1850 a.c., o livro do Gênesis narra a história de Abraão que a pedido de Deus cometeria o infanticídio, matando seu filho Issac em oferenda, mas foi impedido pelos anjos de cometer tal ato pois Deus reconheceu sua obediência. E no ano 431 a.c., a Mitologia grega descreve a história de Medeia que após ser traída pelo esposo Jasão, mata a rival e para punir o marido mata as suas duas filhas.

O infanticídio foi considerado legítimo em alguns períodos da história. O Império Romano considerava o pai proprietário de seus filhos e era permitido a ele decidir sobre a vida ou morte de suas crianças. Somente no ano 300 d.c., com a difusão do Cristianismo o infanticídio passou a ser considerado um crime (14). Em algumas culturas ocidentais, como China e Índia, há prática o infanticídio seletivo, pois recém nascidos do sexo feminino não são bem vistos e desejados nas famílias (15). No Brasil, os Índios Yanomamis, em Rondônia, praticam o infanticídio, como inerente a sua cultura, crianças gêmeas, que defeitos físicos ou se o sexo do bebê não corresponde ao esperado, são mortas após o parto, pelas mães (16).

Há vários motivos para a ocorrência de infanticídio. Resnick (1969) fez uma revisão de 131

casos de infanticídio e propôs a classificação em cinco tipos diferentes de causas aparentes: altruísmo, quadros psicóticos agudos, se livrar de criança indesejada, acidental e vingança contra cônjuge (17).

Os quadros psicóticos parecem ser uma causa freqüente em mães que cometem este tipo de crime (18). Lewis (2005) examinou 55 casos de infanticídio maternos, ocorridos de 1974 a 1996 no *Michigan's center for Forensic Psychiatry* e observou que 52,7% apresentavam sintomas psicóticos no momento do crime (19). Friendman (2005) relata que 70% dos casos de filicídio seguido de suicídio são feitos por motivos altruísticos, para aliviar ou poupar a criança de um mal real ou imaginário e o altruísmo pode ser psicótico ou não (20).

Em especial no pós-parto, as idéias infanticidas devem ser sempre investigadas e também diferenciadas de pensamentos obsessivos com conteúdo agressivo (21). Ambas as situações clínicas envolvem idéias de causar dano ao bebê, contudo o fenômeno obsessivo é distinto do sintoma psicótico. Primeiro, alucinações e delírios, que caracterizam psicose não são observados no TOC. Segundo, a psicose puerperal usualmente inclui outras características que são tipicamente psicóticas, como confusão mental, labilidade afetiva, agitação, e comportamentos bizarros. E o mais importante, a ideação agressiva na psicose é congruente com o pensamento delirante, é ego-sintônica, não há medos ou rituais para evitar a agressão. A psicose puerperal está associada com risco aumentado de comportamento agressivo. Já as obsessões no pós-parto, mesmo aquelas de conteúdo violento (p. ex. pensar em jogar o bebê pela varanda, ímpetos de queimar o bebê no forno), não estão associadas a um risco aumentado de comportamento agressivo. Esses pensamentos obsessivos são experimentados como sem sentido, indesejáveis, e inconsistentes com a personalidade da pessoa e o com o seu comportamento, são ego-distônicos. A mulher com sintomas obsessivos reconhece que os pensamentos são contrários ao seu julgamento e se mostram temerosas de

engajarem-se nesses comportamentos inaceitáveis. Temem, inclusive, pensar sobre isso. Essas características contrastam com aquelas do pensamento delirante, onde a pessoa aceita o delírio como verdade (21, 22).

É observado que idéias e planos infanticidas ainda são pouco pesquisados pelos clínicos (23). Mas é importante que isso seja mudado para que casos com o desfecho como este possam ser evitados. Os profissionais de saúde que assistem mulheres no periparto têm um papel fundamental na identificação precoce dos casos de PP e na investigação de comportamento negligente nos cuidados com o bebê e de pensamentos e planos suicidas e infanticidas.

## REFERÊNCIAS

1. Resnick PL. Child Murder by Parents: A psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry*. 1969; 126:325-34.
2. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Women's Health*. 2006; 15(4):352-66.
3. Heron J, McGuinness M, Blackmore ER, Craddock N, Jones I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG*. 2008; 115(3):348-53.
4. Nager A, Sundquist K, Ramirez-Leon V, Johansson M. Obstetric complications and postpartum psychosis: a follow-up study of 1.1 million first-time mothers between 1975 and 2003 in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008;117(1):12-9.
5. Blackmore EM, Jones I, Monica D, Sayeed H, Roger H, Brockington I, et al. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*. 2006; 188(1):32-6.
6. Chaudron LH, R.W P. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64:1284-92.
7. Prabha CS, Gabesan V, Tinku T. Infanticide ideas and infanticidal behavior in Indian women with severe postpartum psychiatric disorders. *Journal of nervous and mental disease*. 2002; 90(7):457-61.
8. Brockington I, Cernik A, Schofield E, et al. Puerperal psychosis, phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry*. 1981; 38:829.
9. Wisner K, Peindl K, Hanusa B. Symptomatology of affective and psychosis illnesses related to childbearing. *J Affective Disord*. 1994; 30:77.
10. Sharma V. Pharmacotherapy of postpartum psychosis. Expert opinion on pharmacotherapy. 2003; 4(10):1651-8.
11. Toledo FA. Causas de exclusão de culpabilidade (imputabilidade). *Princípios Básicos de Direito Penal*. São Paulo: Saraiva; 2000. p. 312-38.
12. Spinelli MG. Infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161(9):1548-228.
13. Terp IM, Engholm G, Moller PB. A follow-up study of postpartum psychoses: prognosis and risk factors for readmission. *Acta Psychiatr Scand*. 1999; 100:40-6.
14. Lambie I. Mothers who kill. The crime of infanticide. *International Journal of Law*. 2001; 24:71-80.
15. Oberman M. Mothers who kill: cross-cultural patterns in and perspectives on contemporary maternal filicide. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2003; 26:493-514.

16. Infanticídio nos Yanomami. Folha de Boa Vista. 2005.
17. Resnick PL. Child Murder by Parents: A psychiatric review of filicide. *American Journal of Psychiatry*. 1969; 126:325-34.
18. Rougé-Maillar C, Lousset N, Gaudin A, Bouju B, Penneu M. Women who kill their children. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2005;26(4):320-6.
19. Lewis CF, Bruce SC. 31. *Journal of American Of Psychiatry and the Law*. 2003;31(4): 459-70.
20. Friendman SH, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Filicide-suicide: common factors in parents who kill their children and themselves. *Journal of American Of Psychiatry and the Law*. 2005; 33:496-504.
21. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature. *J Anxiety Disord*. 2003; 17(4):461-78.
22. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Albuquerque TLC, Paes J, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Comp Psychiatry*. 2009;50:503-9.
23. Friendman SH, Sorrentino RM, Stankowski JE, Holden CE, Resnick PL. Psychiatrist's knowledge about maternal filicidal thoughts. *Comprehensive Psychiatry*. 2008; 49(1):106-10.

